

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 86

LES
OPÉRATIONS CONSERVATRICES
SUR LES TROMPES

COMME TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Jean-Eugène PAPE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à KERFEUNTEUN (Finistère), le 27 janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 86

LES
OPÉRATIONS CONSERVATRICES
SUR LES TROMPES

COMME TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 21 décembre 1929

PAR

Jean-Eugène PAPE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à KERFEUNTEUN (Finistère), le 27 janvier 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

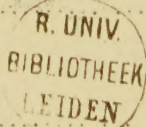
PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Potanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		



COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

Avec l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Qu'ils reçoivent ici le témoignage de toute notre affection.

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse.

LES

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

SUR LES TROMPES

COMME TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

INTRODUCTION .

Lorsque, au cours d'une intervention, le chirurgien, à l'ouverture de l'abdomen, se trouve en présence d'une trompe manifestement imperméable, soit du fait de déviations dues à des adhérences inflammatoires, soit du fait de l'oblitération de son pavillon, plusieurs alternatives sont à envisager :

Ou bien il aura la main forcée par l'intensité, l'étendue ou la nature même des lésions, et alors il se verra contraint de pratiquer l'ablation la plus complète;

Ou bien, et c'est le cas qui nous intéresse ici, il se demandera s'il doit enlever cette trompe, suffisamment malade pour que son pavillon soit fermé ou pour que son axe ait subi des coudures et des déviations telles que sa perméabilité physiologique, sinon anatomique, soit entièrement perdue.

Voici alors le problème qu'il a à résoudre : est-il avantageux pour la malade de conserver cette trompe alors qu'elle a presque sûrement perdu son rôle d'oviducte (l'orifice du pavillon

n'ayant, semble-t-il, aucune tendance à se rétablir spontanément) ?

Est-il utile, d'autre part, de tenter de rétablir artificiellement la perméabilité tubaire en pratiquant sur la trompe une des opérations que nous aurons à envisager ici ?

Le bénéfice à retirer d'une telle intervention, c'est pour la malade la possibilité de récupérer la sécrétion externe de l'ovaire avec toutes les conséquences qu'elle comporte.

Les inconvénients découlent du fait même que, en laissant évoluer dans l'économie un foyer inflammatoire plus ou moins complètement éteint, on risque soit de ne pas voir s'amender les symptômes qui ont légitimé cette première intervention, soit même de voir surgir un jour une nouvelle crise, peut-être plus grave que la première, et qui mettra de nouveau les jours de la malade en danger.

Aussi bien comprend-on que, suivant le terme de ce dilemme qu'ils ont considéré comme prépondérant, les chirurgiens aient adopté deux lignes de conduite diamétralement opposées.

Les uns, à la suite de Lawson-Tait(se déclarant partisans de l'extirpation radicale, ne conçoivent la salpingectomie que bilatérale. « Même, dit Lawson-Tait, lorsque les annexes d'un seul côté sont affectées, l'opération, pour donner à la malade un bénéfice durable et complet, doit être bilatérale. » Cette affirmation, qui consacrait la légitimité des stérilisations systématiques, se trouva être effectivement d'accord avec les faits. Sur-tout quand, après les perfectionnements techniques de Péan, de l'école américaine, et de J.-L. Faure, l'hystérectomie abdominale fut devenue une opération bénigne et à résultats généralement excellents.

Certes, les partisans de l'opération radicale n'ignorent pas que les merveilleux succès de la castration totale sont achetés au prix d'une stérilisation définitive et de l'apparition des divers troubles de la ménopause anticipée.

Mais « le retour intégral à la vie sociale normale ne vaut-il pas le sacrifice de quelques grossesses problématiques et les

chances courrues de troubles, le plus souvent légers et transitoires, et dont on a, comme à plaisir, exagéré l'importance » ?

Et, cependant, dès l'époque où Lawson-Tait enlevait ses premières trompes, on trouve quelques tentatives éparses de conservation.

« Trop de mutilations inutiles, pas assez de conservation », dit Doléris dans un article de 1892.

Mais à cette époque, les opérations conservatrices présentaient la même gravité que l'extirpation des annexes, aussi ces tentatives prématurées furent sans lendemain.

Ce n'est que lorsque, grâce aux progrès de l'asepsie et de la technique, la voie abdominale permit l'extirpation facile de l'utérus et de ses annexes, que l'on put comparer, à pronostic opératoire égal, les résultats des méthodes radicales et économiques, et que les inconvénients de la castration totale, longtemps considérés comme négligeables, apparurent clairement.

De plus, la connaissance chaque jour plus approfondie de la physiologie de l'ovaire montra qu'il n'était pas indifférent de châtrer la femme jeune, et de plus en plus s'affirma la nécessité de la conservation, dans son double but, individuel et social.

Et, dès lors, nombreuses furent les tentatives faites dans ce sens avec les variantes opératoires propres à chaque chirurgien.

De nombreuses observations vinrent justifier leur innocuité au point de vue de la santé générale et des suites opératoires, pourvu naturellement que l'opération ne soit pas étendue à des cas situés en dehors de prudentes limites.

Moins nombreuses, certes, mais combien probantes furent celles où sont relatés des cas de grossesses manifestement consécutifs à ces interventions.

Et ce sont ces dernières surtout qui nous intéressent, car, conformément au programme que nous avons adopté, nous nous proposons d'envisager plus particulièrement les chances qu'ont les malades de récupérer, par une opération conservatrice, leur fécondité disparue, ou tout au moins compromise.

Or, tous ces exemples semblent devoir encourager dans cette voie, car si le chirurgien peut tenter cela sans danger pour la malade, et s'il est démontré, d'autre part, qu'il ait quelques chances d'efficacité, il ne doit évidemment pas les négliger.

Nous ne pouvons mieux exprimer ici cette opinion qu'en relatant cette parole de Taylor :

« Il est nécessaire d'avoir dans l'esprit que si nous pouvons donner à une malade une chance de grossesse, même si elle est minime, nous pouvons considérablement influencer sur sa vie.

» C'est quelque chose de dire à une femme qu'elle ne peut pas avoir d'enfant; c'est autre chose de lui dire qu'elle a une chance, quoique la chance soit petite. »

RAPPEL HISTORIQUE

Après Lawson-Tait, et sous son influence, le traitement des annexites devint presque purement chirurgical et ne comporta guère que des opérations radicales.

Peu à peu, cependant, les échecs de cette chirurgie, par trop intransigeante, soulevèrent des protestations.

Les voix de nombreux chirurgiens, et des plus autorisés, se firent entendre : Spencer, Wells, en Angleterre; Doléris, Pozzi, Laroyenne, en France; Schröder et Martin, en Allemagne; Polk, Dudley, en Amérique, soutinrent la cause adverse.

On publie sur la question de nombreux travaux pour défendre cette chirurgie conservatrice.

Tout d'abord, elle ne vise que l'ovaire, mais bientôt s'étend à la trompe.

Dès 1884, Schröder, le premier, communique à la Société obstétricale de Breslau une observation dans laquelle il dit avoir pratiqué sur une trompe oblitérée un nouve orifice. C'est déjà la salpingostomie.

Néanmoins, les premiers opérateurs, Polk, Munde, Térillon, Lucas Championnière, se contentent d'interventions plus modestes : libération d'adhérence, expression, cathétérisme.

Mais, parmi tous ces auteurs, c'est Polk qui, en 1886, devint le grand promoteur de la chirurgie de conservation.

En 1889, Martin (*Volkmanns. Klur. Vortrage*) expose un nouveau procédé d'intervention conservatrice : c'est la résection partielle et la reconstitution d'un nouvel orifice. Opération dite salpingostomatoplastie.

En 1891, le même Martin présente, au Congrès de la So-

ciété allemande de gynécologie, le compte rendu de vingt opérations partielles des trompes.

En 1893, apparaît la première publication française, c'est celle de Delbet, relative à un cas de salpingostomie, qui fut, d'ailleurs, suivi de grossesse.

En 1896, Gersuny expose son procédé : inclusion de l'ovaire dans la trompe, inspiré d'ailleurs d'une opération de Martin.

En 1899, Clado inspire la thèse d'Ayrolles sur la salpingo-ovaro-syndèse; Goullioud celle de Jarsaillon sur la salpingostomie.

Montana expose dans la sienne les résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes.

En 1900, Vidal, de Périgueux, publie un cas de salpingoplastie sans doute unique dans la littérature médicale.

En 1901, Kahn (thèse de Paris), en 1902 J.-L. Faure, prônent la valeur des opérations de conservation.

Le Congrès de Madrid de 1903 enregistre cette tendance.

Tuffier reprend la question au Congrès chirurgical de Paris en juin 1905.

Hartmann, enfin, au Congrès de chirurgie de Paris (1910), déclare qu'il faut se montrer plus conservateur.

En 1911, Jayle expose au XXIV^e Congrès de chirurgie, le procédé de la pélyoscopie du Professeur P. de Ott, destiné à réhabiliter la voie vaginale.

Depuis, les publications sur ce sujet ont continué à paraître et toujours dans un sens favorable à la conservation.

INDICATIONS

A vrai dire, à part la stérilité d'origine tubaire, cas rare, il n'existe pas, à proprement parler, un seul syndrome qui puisse permettre d'affirmer, avant la découverte des organes pelviens au cours de la laparotomie, que l'on aura à pratiquer une opération conservatrice sur une trompe.

En pratique, le plus qu'on puisse dire avant l'intervention c'est qu'on fera une opération conservatrice sur une des annexes ou sur les deux, mais sans pouvoir prévoir avec beaucoup de certitude lequel, de l'ovaire et de la trompe, aura à supporter l'intervention.

Tout au plus existe-t-il quelques signes de présomption qui puissent faire prévoir que l'intervention sur la trompe sera probable ou, au contraire, inutile.

En effet, il ne faut pas oublier que le sort de la trompe est intimement lié à celui des deux organes qu'elle est chargée de réunir : l'ovaire et l'utérus. La première des conditions requises pour que l'intervention sur la trompe soit raisonnable c'est donc que l'ovaire et l'utérus soient sains ou tout au moins curables.

Ceci posé, nous allons examiner successivement les diverses indications favorables aux opérations conservatrices en général en nous efforçant, à chaque paragraphe, de faire ressortir le ou les signes qui peuvent faire prévoir ou, au contraire, rejeter l'intervention sur la trompe.

Nous considérerons donc successivement :

- 1° Les généralités;
- 2° Les signes tirés de l'étiologie de l'infection;
- 3° Les signes tirés de l'examen clinique;
- 4° Les signes anatomiques;
- 5° Nous traiterons, dans un court paragraphe, le moment de l'opération.

INDICATIONS GENERALES

La première chose à considérer en matière d'opération conservatrice c'est l'âge.

Une opération conservatrice n'a de raison d'être que si elle est pratiquée sur une femme encore en période d'activité génitale.

Il semble raisonnable, passé 40 ans, d'abandonner pour la malade tout espoir de grossesse future et de faire une opération simplement curative, les risques, quoique minimes, de l'opération conservatrice n'étant plus guère contre-balancés par un avantage quelconque.

Denave estime même que cette limite de 40 ans est un peu large et que, pour les opérations qui tendent à restaurer la fonction de reproduction, elle peut sans inconvénients être abaissée jusqu'à 35 ans.

Les maternités antérieures ne sont pas non plus pour pousser le chirurgien dans la voie de la conservation, et il serait déraisonnable d'exposer une mère de famille aux risques d'une opération et aux exigences d'un long traitement préparatoire, qu'au contraire on conseillera à une femme jeune, n'ayant pas encore eu d'enfants, et pour qui l'abandon de tout espoir de maternité peut être une catastrophe.

Les conditions sociales sont aussi à envisager. On ne conseillera pas à la ménagère l'opération plus délicate et plus risquée que l'on recommandera, au contraire, à une personne ayant toutes les facilités pour se soigner et, à l'occasion, se préparer longuement à l'acte opératoire.

Ce sont là des considérations d'un ordre un peu secondaire, mais qui méritent néanmoins un peu d'attention, principalement la question de l'âge sur laquelle nous ne saurions assez insister.

INDICATIONS TIREES DE L'ETIOLOGIE

Dans l'étiologie des lésions des annexes, on distingue :

- 1° la gonococcie;
- 2° la streptococcie;
- 3° la tuberculose;
- 4° des affections vagues, par exemple consécutives à une appendicite;
- 5° des lésions d'origine mécanique telles que la grossesse tubaire et l'hématosalpinx.

La salpingite gonococcique, en raison des altérations muqueuses prépondérantes qu'elle comporte, n'est, en général, pas favorable à une intervention conservatrice.

De plus, d'après Curtis, la salpingite gonococcique est sujette aux rechutes et aux récidives, aussi une opération conservatrice totale y trouve peu d'indications.

La salpingite streptococcique, d'origine *post partum*, frappe tout au contraire le péritoine et se traduit par la formation d'adhérences nombreuses sans qu'il y ait de modifications notables de la lumière ou des parties profondes des parois tubaires. Aussi, en raison de l'intégrité relative des muqueuses, se prête-t-elle mieux à la conservation que la salpingite gonococcique.

La tuberculose, comme le gonocoque, frappe surtout la muqueuse, mais, comme le streptocoque, elle peut donner des adhérences très solides, d'autant plus que le bacille de Koch persiste vivant dans les tissus pendant très longtemps.

Autrefois même, la tuberculose était considérée comme une contre-indication formelle à toute chirurgie économique.

Cependant, plus récemment, quelques opérations conservatrices auraient été pratiquées avec succès dans quelques cas de salpingites tuberculeuses; néanmoins, à l'heure actuelle, on doit envisager comme exceptionnelles les chances de conservation.

Des circonstances plus favorables à la conservation et à la réparation se rencontrent dans ces *reliquats d'affections anciennes*, de nature souvent incertaines et qu'on peut rattacher peut-être à une infection de l'enfance ou considérer comme consécutives à des lésions de voisinage le plus souvent intestinales, telle l'appendicite.

Enfin, pour Ayrolles, les *grossesses tubaires* et les *hémato-salpinx* seraient, en général, des cas favorables à une intervention de conservation.

INDICATIONS TIREES DES SIGNES CLINIQUES

La douleur. — C'est le signe constant, c'est celui qui amène le malade au chirurgien. Les caractères de la douleur peuvent-ils guider dans le choix de l'opération?

Pour Doléris, elle n'a aucune valeur, car, à son avis, elle est fonction bien plus de la nervosité et de la susceptibilité de la malade que de l'importance des lésions.

Pour J.-L. Faure, au contraire, elle aurait une grande valeur : elle serait surtout symptomatique d'une lésion des ovaires. Et, pour lui, la douleur, qui, par son siège et ses modalités (c'est-à-dire douleur inter et prémenstruelle), traduit la souffrance de l'ovaire, doit inciter à sacrifier l'organe malade, c'est dire que dans ce cas la conservation de la trompe ne peut être qu'inutile.

Les leucorrhées vulgaires d'origine annexielle ne constituent pas une contre-indication à l'opération conservatrice. Cependant, si elles sont d'origine double, c'est-à-dire si elles proviennent à la fois de l'utérus et des annexes, il vaut mieux pour certains, faire une opération radicale.

La *leucorrhée d'origine utérine*, d'une abondance moyenne, demande un traitement préopératoire, moyennant quoi la conservation est permise. Seules les grosses métrites purulentes rebelles la rendent difficile.

L'hémorragie est souvent double, c'est-à-dire qu'elle traduit l'hyperhémie de la muqueuse utérine et la lésion ovarienne. Dans ce cas, elle entraîne une décision radicale, car, si l'influence réciproque de l'utérus et de l'ovaire l'un sur l'autre est actuellement bien connue, la détermination de l'ovaire coupable est parfois impossible, souvent délicate.

La tuméfaction, si elle est unilatérale ou à prédominance d'un côté plutôt que de l'autre, laisse espérer une opération de conservation.

Mais lorsqu'elle est bilatérale, adhérente, volumineuse et persistante, elle exclut à peu près sûrement toute tentative conservatrice.

De plus, il est difficile par le palper de reconnaître ce qui revient à la trompe et à l'ovaire. Néanmoins, l'injection de lipiodol permet de vérifier assez facilement la perméabilité des trompes.

L'état de l'utérus est très important pour la détermination opératoire; la conservation fonctionnelle totale n'est possible qu'avec un utérus peu atteint.

Ses déviations, notamment la rétroversion adhérente, diminue de beaucoup les chances de conservation.

La stérilité d'origine tubaire est, avons-nous dit, la seule indication opératoire sûre d'une intervention conservatrice sur les trompes.

Encore suppose-t-elle un diagnostic précis comportant l'élimination des autres causes de stérilité, tant du côté du mari que de celui de la femme, et la constatation de l'imperméabilité tubaire.

Pour cela, on doit employer des moyens d'exploration particuliers qui sont : *l'insufflation tubaire* et surtout la *radio après injection de substance opaque*, notamment de lipiodol.

En effet, on peut ainsi arriver à délimiter le siège de l'occlusion sur la trompe, question capitale, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue pronostic, car une obstruction du pavillon réserve plus de chances de succès qu'une obstruction siégeant au niveau de la corne utérine.

Il sera bon, néanmoins, avant de tenter une opération aussi délicate, de prévenir dûment la malade des risques à courir et des faibles chances de succès.

INDICATIONS ANATOMIQUES

Elles sont tirées de l'état du péritoine, de l'ovaire, de l'utérus et de la trompe elle-même.

L'état du péritoine est d'une importance capitale. Si le péritoine pelvien est profondément altéré, à tel point qu'il ne puisse permettre une péritonisation correcte de l'excavation, il est préférable de ne pas conserver, ce serait s'exposer à un échec.

Par contre, s'il n'existe que des adhérences légères, laissant, après le décollement, de larges surfaces encore couvertes d'endothélium, s'il reste en un mot des lambeaux séreux suffisants pour enfouir les surfaces cruentées, la conservation est possible.

Du côté de *l'ovaire*, la conservation peut être poussée très loin, car il suffit d'un fragment d'ovaire petit, à condition qu'il soit suffisamment vascularisé, pour conserver des chances de grossesse.

Néanmoins, l'ovarite suppurée, la dégénérescence kystique, les adhérences étendues, qui commandent l'exérèse, suppriment, par là même, l'utilité de toute réparation tubaire.

L'utérus, naturellement, doit être sain ou curable, car sa conservation est la condition *sine qua non* de toute intervention conservatrice.

Ses déviations, même moyennes, peuvent se corriger, mais la constatation de grosses lésions de métrite parenchymateuse ou de lésions surajoutées (fibrome, polypes) détermine l'hystérectomie.

Etat de la trompe. — C'est seulement si ces conditions sont remplies, à savoir : intégrité relative du péritoine, conservation d'une portion suffisante d'ovaire, lésions moyennes de

l'utérus, que la question d'une opération de conservation sur la trompe pourra se poser et que l'on aura à envisager les conditions inhérentes à la trompe elle-même.

Or, il faut : 1° *qu'on puisse en conserver une portion suffisante* : les deux tiers pour Ayrolles, juste un moignon pour Sobre-Castas (il est vrai qu'ils ne pratiquent pas la même intervention); 2° *que la perméabilité du moignon utérin soit certaine*.

Durant longtemps, après les travaux de Reymond, on a cru que dans les salpingites la portion intramurale restait presque toujours perméable. Mais depuis des travaux plus récents, ceux de Daniel notamment, on a constaté que la perméabilité anatomique ne marchait pas nécessairement de pair avec la perméabilité physiologique, et que, bien souvent, l'obstruction de la lumière se trouvait réalisée par divers processus inflammatoires ou mécaniques. En l'absence de vérification de la perméabilité tubaire, on s'expose donc à reouvrir à une extrémité une trompe qui est fermée à l'autre.

Enfin, on tâchera de se rendre compte de *l'état de la muqueuse et de la paroi tubaire*. Les épithéliums de ces trompes ont-ils conservé leurs fonctions et ne sont-ils pas devenus incapables de remplir leur rôle physiologique ? Le péristaltisme tubaire n'est-il pas diminué ? En fait, on fera bien de faire un examen attentif de la trompe au cours de l'intervention, et même, si l'on soupçonne, avant d'opérer, d'avoir à intervenir sur la trompe, l'épreuve au lipiodol nous paraît celle qui peut donner les plus sûrs renseignements sur la perméabilité de l'oviducte.

LE MOMENT OPERATOIRE

Il nous faut l'envisager à un double point de vue :

1° Par rapport au cycle sexuel de la femme;

2° Surtout *par rapport à l'évolution de la maladie.*

Par rapport au cycle sexuel, on fera bien, pour opérer dans les meilleures conditions possibles, de choisir les premiers jours qui suivent la période cataméniale.

Par rapport à l'évolution de la maladie, on doit, si on compte réaliser une bonne opération de conservation, opérer à un stade où les lésions sont refroidies, stabilisées, pour ne pas risquer de tomber sur un foyer encore en évolution dont l'ouverture puisse compromettre l'opération elle-même ou tout au moins déterminer par la suite des réactions péritonéales postopératoires, dont l'effet serait des plus désastreux.

Certains auteurs vont jusqu'à dire qu'il faut au moins un an d'apyrexie pour qu'on puisse légitimement tenter une opération conservatrice.

Quoi qu'il en soit, ce n'est qu'après avoir constaté une nette régression, ou tout au moins une bonne stabilisation des lésions, que l'on pourra se permettre d'intervenir.

Mais nous pouvons faire mieux que d'attendre que le temps laisse agir la nature. Nous devons, de toutes nos forces, favoriser le processus réparateur.

Pour cela, nous avons à notre disposition :

L'application de glace sur le ventre qui amène, de toute évidence, une régression des symptômes et qui, surtout, à le gros avantage, en vue de l'opération conservatrice, de diminuer la réaction péritonéale.

Les injections vaginales chaudes, prises quotidiennement, auront aussi sur les muqueuses utérines et tubaires un effet sédatif des plus heureux.

Enfin, nous insisterons tout particulièrement sur la *Vaccinothérapie*, qui semble donner d'excellents résultats.

Nous publions ici, à l'appui de son rôle préparatoire, une observation prise dans le service du professeur Guyot et qui montre comment on doit comprendre l'association des deux traitements.

TECHNIQUES OPERATOIRES

Nous décrivons dans ce chapitre toutes les opérations qui, pratiquées sur la trompe, ont pour but de ménager la continuité totale ou partielle du conduit tubaire. Nous y adjoindrons la descriptions de la technique de Estes, que l'on peut considérer comme une opération de transition entre la salpingo-ovaro-syndèse et la transposition intra-utérine de l'ovaire muni de son pédicule vasculo-nerveux.

Nous mentionnerons également la technique à peu près semblable de Sobre-Castras.

Il nous faut d'abord parler de l'incision et de la voie opératoire.

Nous éliminerons la *voie vaginale* qui, depuis Jaboulay, n'a plus en France de partisans en ce qui concerne les extirpations d'annexes.

A l'étranger, on l'utilise encore, et, notamment, le Professeur D. de Ott y a apporté un nouveau perfectionnement au point de vue éclairage par sa méthode *pélyoscopique*.

Néanmoins, il nous semble que la *voie abdominale supérieure* soit la seule possible pour une opération conservatrice bien conduite, car seule elle permet de voir l'état des annexes des deux côtés, l'état de l'ovaire et surtout l'état du péritoine.

L'*incision* sera ou médiane sous-ombilicale ou transversale suivant les goûts de chacun, ou l'état des lésions.

*
* *

Examinons maintenant les diverses techniques utilisables.

LA LIBÉRATION DES ADHÉRENCES. — C'est l'opération la plus simple, mais qui a déjà donné de beaux résultats à Terillon,

Lucas-Championnière, et surtout à Polk, qui en fut le grand promoteur. Il la combinait d'ailleurs souvent avec l'expression et le cathétérisme.

Ce décollement doit se faire avec les plus grandes précautions et plutôt au couteau qu'à la compresse.

LA SALPINGOPEXIE (J.-L. Faure). — Elle n'est le plus souvent que le complément de la précédente ou bien d'une hystéropexie, par exemple dans les rétroversions avec annexites, et consiste à fixer la trompe, le plus souvent pour l'empêcher de tomber dans le cul-de-sac postérieur.

LA SALPINGOLYSIS (Goullioud). — Il consiste dans le décollement des adhérences et l'étalement du pavillon tubaire. Il a l'avantage de conserver les franges dont le rôle est actuellement admis.

LA SALPINGOTOMIE. — Elle peut être soit latérale, soit terminale :

a) *Terminale* (Procédé Martin), elle consiste à abraser l'extrémité de la trompe et à faire une suture tout autour de l'ouverture, en prenant bien soin de suturer la muqueuse au péritoine, de telle sorte qu'elle soit bien éversée au dehors.

b) *Latérale* (Procédé Skutsch) : Excision latérale ovulaire sur la paroi du sac tubaire et suture de la muqueuse au péritoine avec les précautions indiquées plus haut.

c) *Le procédé Hartmann* consiste à rabattre un lambeau découpé dans la trompe et à le suturer au moyen de quelques points de catgut.

SALPINGOTOMIE LONGITUDINALE DE CHAPUT. — C'est la simple incision longitudinale de la trompe.

Chaput n'opère ainsi qu'à froid, mais Bourne, en Angleterre, a opéré ainsi des salpingites à chaud. C'est une méthode qui n'est pas encore universellement acceptée en France, quoique Morice la préconise comme traitement du pyosalpinx.

LA SALPINGO-OVARO-SYNDÈSE (Gersuny). — Prônée par Pozzi et par Clado. Elle se fait en trois temps :

Premier temps, isolément, découverte et examen des annexes;

Deuxième temps : Résection de l'extrémité de la trompe et résection du pavillon au moyen d'une incision perpendiculaire à la première, faite parallèlement à l'axe de la trompe et sur sa face postérieure;

Troisième temps : Après fixation par un point de l'angle interne de l'incision à l'extrémité correspondante de l'ovaire, suture des deux lèvres de la plaie-tubaire à l'ovaire, de manière à ramener le lambeau supérieur au-dessus de l'ovaire qu'il viendra coiffer.

LA SALPINGOPLASTIE (Vidal). — Elle consiste à faire, au niveau d'un rétrécissement de la trompe, une incision parallèle à son axe et à refermer en suturant perpendiculairement à cet axe; c'est, en somme, appliqué à la trompe, un des procédés employés dans les cas de rétrécissements intestinaux.

RÉSECTION TUBAIRE ET ANASTOMOSE BOUT A BOUT (Léonard-Phillips). — Après résection de la portion rétrécie, il traverse avec une longue aiguille tout le trajet tubaire de l'ostium à l'utérus, perfore le fond de l'utérus, entraînant le catgut qui joue le rôle de fil conducteur; les deux tronçons étant ainsi rigoureusement accolés, il fait avec une très fine aiguille l'anastomose bout à bout.

IMPLANTATION TUBAIRE DANS L'UTÉRUS. — En cas de sténose du segment intestinal de la trompe :

1° *Phillips* fit l'excision de l'extrémité de la trompe adjacente à la corne utérine; il fait sur la corne un orifice artificiel et, par une incision pratiquée dans le fond de l'utérus, il passe une pince qui, ressortant par le centre du moignon tubaire, va attraper l'extrémité interne de la trompe sectionnée et l'attire jusque dans l'utérus. Alors il fait une suture soigneuse en évitant d'étrangler la trompe ainsi logée en plein muscle utérin.

2° *Unterbergen*, après section de la trompe, prend son extrémité sur une longueur d'un demi-centimètre et fait l'implantation des deux lambeaux dans le fond utérin incisé, de la même manière qu'on fait une réimplantation d'uretère dans la vessie.

TECHNIQUE DE ESTES. (Grefte ovarienne dans le moignon d'implantation tubaire. — Après résection d'une corne utérine et ablation de la partie de l'ovaire opposée au méso, il les accole par leurs deux surfaces cruentées et suture le pourtour; il termine sa péritonisation en ramenant le ligament rond au-dessus de la ligne de suture et en le fixant à l'utérus par quelques points de catgut.

TECHNIQUE DE SOBRE-CASTRAS. — C'est l'extirpation de la trompe, puis la suture de la tranche cruentée du ligament large à la portion postéro-supérieure de l'utérus, le faisant ainsi passer par-dessus l'ovaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Professeur SCHATZ, de Rostock.)

Salpingostomie partielle unilatérale. — Ovariectomie à gauche et résection partielle à droite. — Grossesse.

Mlle X..., 20 ans, réglée à 13 ans irrégulièrement, sans douleurs; scarlatine et néphrite pendant sa jeunesse, typhus abdominal à 11 ans; depuis, pertes blanches.

En octobre 1879, après avoir soulevé une malle très lourde, elle se plaignit du côté gauche, dans le ventre, et, depuis, ses règles lui font mal; puis la douleur s'étendit à droite aussi, mais restant plus forte à gauche.

Ovariectomie le 20 février 1880. — L'ovaire gauche dégénéré est enlevé avec le tiers de la trompe. Suture de la trompe avec une double rangée de points à la soie. L'ovaire droit est comme une noisette, kystique. Il est réséqué de façon à laisser une bande étroite de 2 millimètres environ. La trompe droite est laissée. Après vingt et un jours, guérison, malgré l'ouverture d'un abcès provenant de compression. L'utérus est en place normale; malgré cela, du côté de l'S iliaque, des douleurs se montrent, des coliques avec fièvre; mais tout s'amande; elle se marie le 20 avril 1884, et accouche à terme d'une fille, le 12 mai 1885, après trente-six heures de travail et application de forceps au détroit inférieur.

D'après l'examen des pièces, il est sans aucun doute que l'ovaire gauche a été totalement enlevé, ainsi que le tiers externe de la trompe.

OBSERVATION II.

(BAER, *Annales of. Gyn. and Pect.*, 1894.)

Rétroflexion utérine. — Annexes prolabées et adhérentes. — Ovaire et trompe gauche enlevées par morcellement. — Résection de la trompe droite à 5 centimètres de l'utérus. — Grossesse six mois après.

Femme de 32 ans. Elle présentait un utérus en rétroflexion.

Des deux côtés existent des masses dures, volumineuses. La malade consent à l'opération à condition expresse qu'un ovaire ou une partie de l'ovaire sera conservée, ne voulant pas être privée de la possibilité de devenir enceinte.

Laparotomie en février 1894. L'utérus est en rétroflexion; les annexes sont enveloppées de fausses membranes organisées, très solides. Après s'être ouvert une voie, l'utérus est disséqué, libéré et repoussé en avant. L'ovaire et la trompe sont fixés en bas et ne peuvent être enlevés que par morcellement. Du côté droit, les lésions son analogues. La trompe est sectionnée à 5 centimètres de l'utérus. A ce moment, le chirurgien fut arrêté par l'opposition du frère de la malade, médecin lui-même. Il préférerait voir sa sœur courir les risques d'une opération secondaire que de lui enlever l'espérance d'être mère.

L'abdomen fut refermé. Suites opératoires normales. Quinze mois après, accouchement à terme.

OBSERVATION III.

(Thèse Montana, 1899.)

Salpingite catarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux. Ignipuncture et salpingostomie des deux côtés. — Grossesse.

N..., (L.), 23 ans, célibataire.

Examen. — A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion. Le col est petit et située en avant, le fond de l'utérus est dévié légèrement à droite.

Dans les culs-de-sac latéraux, on trouve les annexes grosses et douloureuses.

Diagnostic. — Salpingite catarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux.

M. Legueu fait la laparotomie le 25 février 1896. On trouve les ovaires scléro-kystiques des deux côtés et les trompes oblitérées, mais non kystiques.

On fait l'ignipuncture sur les deux ovaires. On suture la trompe de chaque côté à l'ovaire correspondant, après avoir fait la salpingostomie, et on fixe l'utérus à la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade est guérie, les règles sont revenues au moment de sortir de l'hôpital, sans douleur.

Suites éloignées. — Revue en décembre 1896. Elle est enceinte de huit mois et demi. La grossesse a été normale et elle n'a pas souffert, à part quelques tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice abdominale et des envies fréquentes d'uriner. La vessie ne se vide que par regorgement.

OBSERVATION IV.

(Jh. ASHBY, *Am. Journ. of. obst.*, 1894.)

Ablation de l'ovaire gauche kystique. — Libération des adhérences et déplissement de la trompe droite. — Guérison. — Accouchement normal.

La malade a 32 ans. Mariée il y a neuf ans, stérile. Dysménorrhée. Antéflexion. Sténose du col et abaissement de l'ovaire gauche. La dilatation du col a amélioré l'état de la malade pour quelques mois.

Le 8 avril 1891, laparotomie et ablation de l'ovaire gauche, atteint de dégénérescence kystique. L'ovaire droit est normal; la trompe est tendue, tortueuse à cause des adhérences. Les adhérences sont incisées et la trompe déplissée. L'abdomen est refermé. Guérison.

En décembre 1892, accouchement d'un enfant bien portant.

OBSERVATION V.

(P. DUDLEY, *Am. Journ. of. obst.*, 1898.)

Salpingotomie gauche. — Grossesse.

Je fis ma première opération le 18 octobre 1887. Il s'agissait d'une femme non mariée. Je lui fis une caeliotomie, et, après avoir trouvé des adhérences, un utérus en rétroflexion, je fus obligé de chercher profondément les annexes entourées d'adhérences et un pyosalpinx à gauche. J'enlevai la trompe gauche, et, malgré l'augmentation du double de la trompe droite, je la laissai. La femme guérit, se maria et devint mère.

Nous insérons ici 4 observations publiées par le Professeur Vanverts dans *l'Echo médical du Nord*, 23 octobre 1926.

OBSERVATION VI.

Femme de 27 ans, souffre de la partie droite du bas-ventre.

Opération. — Le 25 août 1924, libération de quelques adhérences au niveau des annexes et de l'utérus; ablation de l'ovaire et de la trompe droite. Résection de l'extrémité de la trompe gauche qui était fermée; agrandissement de l'orifice par une incision longitudinale dont on suture les bords à l'ovaire.

Suites simples. Malade pas revue.

OBSERVATION VII.

Femme de 28 ans, pas de grossesse. Douleurs dans le bas-ventre qui imposent l'intervention.

Opération (le 28 décembre 1924). Ablation de l'ovaire gauche et d'un volumineux pyosalpinx gauche adhérent; libération d'adhérences légères de l'ovaire droit; résection de l'extrémité de la trompe droite dont le pavillon était fermé, et fixation à l'ovaire droit. Drain pendant deux jours.

Suites simples, puis formation d'une collection dans le Douglas, sans fièvre; évacuation de sang par colpotomie le 8 janvier 1915.

En avril 1925, bon état général, mais persistent et la douleur à la fatigue et la douleur prémenstruelle, plus même peut-être qu'avant l'opération.

Examen. — Utérus normal, douleur provoquée à droite, sans lésions appréciables.

OBSERVATION VIII.

21 ans, ni accouchement ni avortement. Métrite en 1911 soignée par une cautérisation au Filhos. En mars 1911, crise douloureuse pelvienne avec température; nouvelle crise en janvier 1912 qui l'oblige à garder le lit quarante jours.

Depuis, la malade continue à souffrir le soir et à la fatigue.

Opération (le 3 juin 1912). — Libération d'adhérences épiploïques avec le fond utérin et les annexes gauches. Castration gauche. Libération de l'ovaire droit. Résection de l'extrémité de la trompe droite et suture de l'orifice à l'ovaire par trois points.

Comme on constate un léger suintement, on place un drain qu'on enlève au bout de quarante-huit heures.

En avril 1913, santé excellente, pas de douleurs, règles normales, pas de grossesse.

OBSERVATION IX.

Accouchement en octobre 1903. Depuis, métrorragies qui résistent à un curettage; depuis le mois de mars, douleurs à droite.

Opération (le 25 septembre 1920). — Ablation d'un kyste volumineux de l'ovaire droit situé en arrière de l'utérus auquel il adhère, ainsi qu'au ligament large.

A gauche, trompe fermée et petits kystes sur l'ovaire; trompe et ovaire sont sains et libres.

Résection de l'extrémité de la trompe gauche, agrandissement par une incision longitudinale puis suture au catgut par trois points.

Suites simples, douleurs et hémorragies disparaissent. Pas revue.

OBSERVATION X.

(Prise dans le service du Professeur GUYOT.)

Femme de 17 ans, entrée, le 23 août, pour une fausse couche de six mois.

M... (H.), réglée à 12 ans, la malade le fut toujours irrégulièrement : elle reste parfois deux à trois mois sans perdre.

Les règles sont peu abondantes : durée, quatre à cinq jours.

Depuis cinq mois, les règles sont supprimées, puis il y a fausse couche qui expulse le fœtus et les débris placentaires. Pas de curettage.

La malade, très déprimée, souffre des annexes gauches et, depuis un jour, a quelques hémorragies.

A trois mois, phlébite et entérite.

Antécédents personnels. — Non mariée, pas d'autre fausse couche. Il y a un an, crise de rhumatisme articulaire aigu..

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, un frère et une sœur bien portants.

Examen (le 3 octobre 1929) (Dr Villar). — Petit utérus antéfléchi, très peu mobile, grosse masse annexielle gauche dure et fixée.

Traitement. — 1° Repos, injections, glace sur le ventre; 2° au bout de huit jours (27 août), on commence une série de piqûres de Propidon, on fait 10 injections pour un total de 16 centimètres cubes.

Les injections font tomber la fièvre et suppriment la douleur. Plusieurs examens montrent la diminution progressive de la masse gauche.

Le 21 septembre, apparition des règles, douloureuses, venant mal; durée, trois jours; peu abondantes.

Le 26, finit la cure de Propidon.

Opération (le 8 novembre 1929) (Prof. Guyot). — Le ventre ouvert, on aperçoit une masse annexielle gauche très adhérente à l'anse sigmoïde.

Du côté droit, trompe malade, adhérent à l'ovaire, oblitérée à son extrémité; appendice malade.

1° Appendicetomie sans incident.

2° Ablation des annexes gauches : une pince mise au ras de l'utérus, le pédicule et le ligament rond sont sectionnés au thermo.

On décolle, de bas en haut, à la compresse et au ciseau.

Hémostase des pédicules et enfouissement de l'intestin adhérent par une suture séro-séreuse.

3° A droite, après avoir libéré les adhérences, on ouvre l'extrémité de la trompe au thermo, un peu de pus s'échappe de la cavité tubaire.

Suture muco-séreuse.

On referme en laissant un drain.

Le 11 novembre, ablation du drain.

Le 18, ablation du bourrelet.

La malade sort, le 30 novembre, après des suites tout à fait normales et complètement soulagée.

RESULTATS

Voyons maintenant les résultats obtenus par ces divers procédés.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes : il n'y a que 1,63 p. 100 de morts dans la statistique de Convert (1914).

Mais les *résultats fonctionnels éloignés* sont moins bons :

73 p. 100 seulement pour la statistique de Thaler (1924);

62 p. 100 pour la statistique de Schmidt (1924).

Falke Holtz, en comparant un certain nombre de statistiques, est arrivé aux chiffres suivants :

Mortalité : 0 p. 100 à 3,3 p. 100;

Résultats durables : 61 à 83 p. 100.

Il est vrai qu'en cas de non-amélioration des signes fonctionnels on peut toujours pratiquer une seconde intervention soit sur le sympathique pelvien (opération de Cotte par exemple), soit même une deuxième intervention sur l'utérus. Nous pensons que l'opération de Cotte ou d'autres similaires devraient donner de bons résultats chez ces femmes qui continuent à souffrir du ventre.

Il reste bien entendu qu'on aura auparavant épuisé toutes les ressources de l'art médical que nous avons énumérées plus haut et qui trouvent les mêmes indications dans les suites opératoires que dans la préparation à l'acte.

Nous arrivons enfin aux résultats au point de vue grossesse. Ici on se trouve un peu gêné pour conclure, car s'il existe un grand nombre d'observations isolées, il existe bien peu de statistiques portant sur des observations de conservation des trompes.

Or ces cas isolés n'ont par eux-mêmes d'autre intérêt que de démontrer, ce qui actuellement est connu de tout le monde, c'est qu'après une opération conservatrice sur une trompe celle-ci *peut* devenir perméable et remplir à nouveau son rôle d'oviducte.

Parmi les statistiques que nous avons pu consulter, nous notons :

1° 17 observations originales de la thèse de Convert; ces 17 malades, suivies, ne devinrent pas enceintes.

2° Seitz publia 22 cas de salpingostomatoplastie; il observa dans la suite deux grossesses, qui, toutes deux, se terminèrent par un avortement.

3° Thaler, sur 16 opérés, ne constata pas non plus de grossesse.

4° La statistique de Martin, quoique plus ancienne, n'est guère plus brillante :

Sur 63 salpingostomies accompagnées de castration du côté opposé, il n'observa que 2 cas de grossesse.

Denave, qui rapporta cette statistique dans sa thèse sur la salpingostomie, prétend néanmoins que, avec une meilleure sélection des cas, la proportion de succès deviendrait de beaucoup supérieure; il va même jusqu'à citer le chiffre énorme de 14 à 18 p. 100. Mais nous sommes encore loin de telles moyennes.

5° M. Villard, de Lyon, publie au XXXV^e Congrès de chirurgie une statistique de 81 cas d'opérations conservatrices sur les trompes :

Mortalité nulle;

Résultats éloignés, bons dans 90 p. 100 des cas;

Gravidité, 6 grossesses avec : 3 enfants vivants, 2 autres grossesses normales, 1 fausse couche.

Toutes survinrent après castration unilatérale et opération conservatrice du côté opposé.

C'est-à-dire que, sur 84 interventions concernant la fécondation, il obtint 20 p. 100 de résultats fonctionnels éloignés bons et 6 grossesses.

Si nous faisons la somme des statistiques mentionnées nous trouvons, pour 197 opérées, 10 grossesses, dont 5 seulement normales et 3 fausses couches.

CONCLUSIONS

Il ressort de cette étude :

I. — L'opération conservatrice doit être réservée aux malades jeunes et après une longue préparation médicale (glace sur le bas-ventre, injections vaginales, vaccination).

II. — Que le pourcentage de résultats positifs, au point de vue grossesse ultérieure, est assez décevant puisque la moyenne des 5 statistiques que nous citons est inférieure à 5 p. 100.

III. — Nous pensons que, conformément à l'opinion de Denave, une meilleure sélection des cas augmenterait nettement la proportion des succès, et qu'il faut actuellement recourir plus souvent, chez la jeune femme, à ces opérations conservatrices, jusqu'ici un peu trop délaissées dans la pratique courante.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRACHEVITCH. — De l'ignipuncture et de la résection partielle.
Thèse de Montpellier, 1898-1899.
- ARNAUD. — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites.
Résultat éloigné. Thèse de Lyon, 1911-1912.
- AYROLLES. — De la salpingo-ovaro-syndèse. Thèse de Paris, 1898-1899.
- BONNAUD. — Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme. Thèse de Lyon, 1912-1913.
- BOUR. — *Presse médicale*, n° 65, 1925.
- BOURNE. — Discussion on the treatment of acute salpingitis. *British med. Sections of obst. and gynecol.*, *British med. Journal*, 8 septembre 1923, p. 399.
- BULLARD. — End Result of resection of fallopian tubes. *Amer. J. of gynecology and Diseases of Women and children*, mai 1919, vol. LXXIX, n° 5.
- CHAPUT. — Traitement des salpingites par la salpingotomie longitudinale. *Bulletin de la Soc. de chir.*, 27 septembre 1916, p. 2178.
- CHAVIN. — De la Salpingostomie. Thèse Paris, 1895-1896.
- CONVERT. — Résultats éloignés des opérations conservatrices des salpingo-ovarites. Thèse Lyon, 1914.
- DANIEL. — Etude sur la trompe interstitielle. *Gynéc. et obst.*, t. XIII, n° 2, p. 81.
- DENAVE. — De la Salpingostomie. Thèse Lyon, 1912-1913.
- DOUAI. — Stérilité d'origine tubaire, *Gyn. et obst.*, 1925, t. XII, n° 4, p. 190.
- DUPONT. — De l'ignipuncture. Thèse Paris, 1909.
- ESTES. — *Surg. Gyn. Obst.*, mars 1924, t. XXXVIII, p. 394.

- FAURE (J.-L.). — La Gynécologie, 19 avril 1900.
- GOULLIOUD. — Salpingolysis pour stérilité. Grossesse consécutive.
Lyon médical, 29 mars 1914.
Société nationale de médecine de Lyon, 1914.
Cas de grossesses chez des opérées pour salpingo-ovarites.
— *Congrès français de chirurgie*, Lyon 1894, 8^e séance.
- GHINIS. — Salpingite tuberculeuse. Traitement chirurgical. Thèse
Paris, 1922.
- HARTMANN. — *Gynécologie et obstétrique*, n° 1, 1925, t. XI.
- IMBERT. — *Gynécologie et obstétrique*, 1923.
- ISAAC. — Grossesses consécutives au traitement conservateur des
affections inflammatoires des annexes. Thèse Paris, 1895.
- JARSAILLON. — De la salpingostomie. Thèse Lyon, 1899.
- KAHN. — Des opérations conservatrices de la trompe. Thèse Paris,
1900-1901.
- MARTIN. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines pour
tubo-ovarites. Thèse Paris, 1893-1894.
- MOCQUOT. — Société de chirurgie, 21 avril 1926.
- MONTANA. — Contribution à l'étude des résultats éloignés dans les
opérations conservatrices des annexes. Thèse Paris, 1898-
1899.
- MORICE. — Traitement de certains pyosalpinx par la salpingotomie.
Thèse Paris, 1924.
- OLIVIER (R.). — Traitement de la tuberculose annexielle. Résultats
éloignés. Thèse Lyon, 1911-1912.
- OUANSKY. — Examen radiologique des trompes. Thèse Paris, 1926.
- PERRIEU. — Traitement des salpingites par la dilatation et l'irri-
gation. Thèse Paris, 1899, 1900.
- POLAK. — A further study of the results of the conserved ovary.
The journal of the amer. med. assoc. vol. LIX, n° 24,
14 décembre 1921, p. 2138.
- POLOSSON. — La salpingostomie. (*Soc. de chir. de Lyon*, 21 décem-
bre 1911; *Soc. chir. de Lyon*, 15 février 1912.)
- PY. — Avantage des opérations conservatrices dans les salpingo-
ovarites chroniques. Thèse Montpellier, 1908-1909.
- RAGUIN. — Contribution au traitement conservateur dans les cas
d'ovaro-salpingites. Thèse Paris, 1893-1894.

- REMUSAT. — Résultat des opérations conservatrices dans les anexites chroniques. Contribution à l'étude du traitement des salpingo-ovarites chroniques. Thèse Montpellier, 1910-1911.
- REYMOND. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites. Thèse Paris, 1894-1895.
- ROBERT. — Résultat des opérations conservatrices dans les annexites chroniques. Thèse Montpellier, 1911-1912.
- RONGY et ROSCUPELD. — L'insufflation transutérine. Moyen de diagnostic de la stérilité. *The amer. journal of obst. and gynécologie*, mai 1922.
- ROUVILLE (De) et MOCQUOT. — Communication au XXXV^e Congrès de chirurgie 1926.
- SCHMIDT. — Résultats éloignés des opérations conservatrices et radicales dans les inflammations chroniques des annexes. *Leitschir, f. geburtshilfe und gynaekol.*, t. LXXXVII, p. 428, 1924.
- SEITZ. — Sur le traitement opératoire de la stérilité. *Monatsch. f. Obs. und gynæk*, Berlin, janvier, 1921.
- SERDUSSEF. — *Gynec. et obstæ.*, t. XIII, n° 3, mars 1926.
- SOBRE-CASAS. — Gynécologie chirurgicale génitostatique, 1925.
- TAYLOR. — Conservation in gynecology. *The Amer. J. obst.*, juillet 1913.
- THALER. — *Arch. gynaekol.*, Bd, 93, 1911.
- TUFFIER et LETULLE. — *Presse médicale*, 1924, p. 465.
- UNTUBERGER. — *Monatsch. f. gebusth. u. gynaeko.*, octobre 1925.
- VANVERTS. — Deux cas d'opération conservatrice de la tuberculose annexielle suivies de grossesse. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 1925.
- Gynéc. et obst., 1926, f. XIII, n° 3, p. 163.
- VIDAL. — Technique et résultats de quelques opérations conservatrices. *Presse de gynéc. et de chir. abdominale*, 1900, p. 81-90.
- WITAUX. — Stérilité d'origine tubaire. Thèse Paris, 1926.

